



ANEXO VIII

Solicitação de Troca de Acompanhante

(Obs: Conforme o Capítulo 9 do Manual do TFD/MS, "não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem, exceto em caso de morte ou doença devidamente comprovadas por documento e, no máximo, em 48 (quarenta e oito) horas antes do embarque")

Eu _____ (nome do paciente/responsável), portador do RG _____, CPF _____, CNS _____ solicito a troca do acompanhante _____ (nome do acompanhante inicialmente informado), pelo(a) Sr. (a) _____ (nome do(a) novo(a) acompanhante), portador do RG _____, CPF _____ e CNS _____, referente ao Tratamento Fora de Domicílio de _____ que será realizado no Hospital/Unidade _____ em _____ (Município/UF), no período de ____/____/____.

Declaro que o novo acompanhante está ciente das normas vigentes para o TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul, disponíveis no endereço eletrônico.

Local e data: _____/MS, ____/____/____.

Assinatura do paciente/responsável

Assinatura do novo acompanhante

*Anexar a esta solicitação:

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo paciente e novo acompanhante.
- Cópia legível do RG, CPF e CNS do novo acompanhante.